【様式－３】　透析支援　臨床工学技士　用

**COVID-19透析スタッフ支援事業本部**様（事業担当者宛てe-mail: kanae.hashimoto@sapmed.ac.jp）

**支　援　臨　床　工　学　技　士　登　録　票**

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日下記のとおり、「支援臨床工学技士」として、登録致します。 |
| 登録者情報 勤務先等の情報（フリーランスの方は登録可能な情報） | （フリガナ） |  | 性別：　 |
| 氏　　　名： | 業務歴：　　　年 |
| 生年月日　（西暦）　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 連絡がつきやすい電話番号 |
| 所属施設名： | 職名： |
|  |  | 職名 |  |
| 〒 |  |
| 住　所： |  |
| TEL： |  | FAX： |  |
| E - mail： |  |
| 業務経験について（〇で選択ください→） | ・人工透析室業務　　（従事歴：　　　　　　　　年、穿刺歴：　　　　　　　年）・ご使用経験コンソール　 日機装　 ニプロ　 東レ　 JMS・PPE使用や**COVID-19対応経験　　　あり　・　　なし** |
| 専用メーリングリストへの登録 | 可　　・　　否 |
| 活動報告の公開 | 可　　・　　否 |
| およその対応可能日数（〇で選択ください） | ・3～5日程度・1週間程度・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 在籍施設の情報（〇で選択ください） | DMATあり　　　JMATあり　　　JHATあり　　　　なし　　　　不明・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設長の承諾・推薦 | ・あり　　　　　　　　・なし　　　　　　　・後日、確認予定 |
| 会員情報（該当者のみ記載） | 北海道臨床工学技士会 会員番号( ) |
| その他 対応可能業務情報（対応可能な業務がございましたら、〇で選択ください） | ・集中治療室業務全般　　・手術室業務全般　　　　・内視鏡室　　　　・血管造影室・高気圧酸素療法　（　１種　・　２種　）　　・医療機器管理　　　　・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他（連絡事項がありましたらご記載ください） |  |

|  |
| --- |
| * 事業本部記載欄： 登録日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日
 |